

| | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|---|--------------------|---|--|
| 1 - Registro ANS _____ | 3 - Número da Guia Principal _____ | 4 - Data da Autorização ____/____/____ | 5 - Senha _____ | 6 - Data de Validade da Senha ____/____/____ | 7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora _____ |
|---------------------------|---------------------------------------|---|--------------------|---|--|

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------|-------------------------------|---|--|
| 8 - Número da Carteira _____ | 9 - Plano _____ | 10 - Empresa _____ | 11 - Validade da Carteira ____/____/____ | 12 - Cartão Nacional de Saúde _____ |
| 13 - Nome _____ | | 14 - Telefone (____) _____ | 15 - Nome do titular do plano _____ | |
| 16 - Atendimento a RN _____ | | | | |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | |
|--|---|-----------------------------|--------------------------|
| 17 - Nome do Profissional Solicitante _____ | 18 - Número no CRO _____ | 19 - UF ____ | 20 - Código CBO _____ |
| 21 - Código na Operadora _____ | 22 - Nome do Contratado Executante _____ | 23 - Número no CRO _____ | 24 - UF ____ |
| 25 - Código CNES _____ | | | |
| 26 - Nome do Profissional Executante _____ | 27 - Número no CRO _____ | 28 - UF ____ | 29 - Código CBO _____ |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-----------------|---------|---------|------------|--------------|-------------------|--------|------------------|-----------------------|---------------|
| 30-Tabela 31 - Código do Procedimento | 32 - Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtde | 36-Qtde US | 37-Valor R\$ | 38-Franquia (R\$) | 39-Aut | 40-Cod. Negativa | 41-Data de Realização | 42-Assinatura |
| 01- | | | | | | | | | | | |
| 02- | | | | | | | | | | | |
| 03- | | | | | | | | | | | |
| 04- | | | | | | | | | | | |
| 05- | | | | | | | | | | | |
| 06- | | | | | | | | | | | |
| 07- | | | | | | | | | | | |
| 08- | | | | | | | | | | | |
| 09- | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | |
| 16- | | | | | | | | | | | |
| 17- | | | | | | | | | | | |
| 18- | | | | | | | | | | | |
| 19- | | | | | | | | | | | |
| 20- | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| 43 - Data de Término do Tratamento ____/____/____ | 44 - Tipo de Atendimento ____ | 45 - Tipo de Faturamento ____ | 46 - Total Quantidade US _____ | 47 - Valor Total (R\$) _____ | 48 - Valor Total Franquia (R\$) _____ |
|--|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49 - Observação / Justificativa

| | | | |
|---|--|--|---|
| 50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ____/____/____ | 51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _____ | 52- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista ____/____/____ | 53- Assinatura do Cirurgião-Dentista _____ |
|---|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| 54-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável ____/____/____ | 55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____ | 56- Data do carimbo da empresa ____/____/____ |
|--|---|--|